UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 94

DU TRAITEMENT DES RÉTENTIONS PLACENTAIRES APRÈS L'AVORTEMENT

ÉTUDE HISTORIQUE, CLINIQUE & THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Juillet 1913

PAR

Gabriel TEILLOT

Né à Latour-d'Auvergne (Puy-de-Dôme), le 25 Mars 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
15 FEB 1
LIBRARY

Examinateurs de la thèse

DE ROUVILLE, professeur, *président.*
BAUMEL, professeur.
DELMAS P., agrégé.
EUZIERE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

DU TRAITEMENT DES RÉTENTIONS PLACENTAIRES

APRÈS L'AVORTEMENT

ÉTUDE HISTORIQUE, CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 94

11

DU TRAITEMENT DES RÉTENTIONS PLACENTAIRES APRÈS L'AVORTEMENT

ÉTUDE HISTORIQUE, CLINIQUE & THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Juillet 1913

PAR

Gabriel TEILLOT

Né à Latour-d'Auvergne (Puy-de-Dôme), le 25 Mars 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

DE ROUVILLE, professeur, *président.*
BAUMEL, professeur.
DELMAS P., agrégé.
EUZIERE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

17 FEB 14

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✻)	Doyen.
	SARDA	Assesseur.
	IZARD	Secrétaire

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O ✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. des f)

Examinateurs de la thèse ;

MM. DE ROUVILLE, prof.-adj., *présid.*	MM. DELMAS, *agrégé.*
BEAUMEL, professeur,	EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Faible témoignage de reconnaissance filiale.

Trop heureux si nous inspirant de son exemple nous pouvons acquérir dans la suite une partie de l'estime et du respect qu'il avait su inspirer à ceux au milieu duquel il a vécu.

A MA MÈRE

C'est ton nom seul que je veux mettre en tête de ce modeste travail. L'amour sans borne et le dévouement sans limites que tu n'as cessé de me prodiguer m'ont permis de mener à bien la tâche que je m'étais imposé. C'est à toi seule, que je dois ma réussite, toi seule en a tout l'honneur.

Certes tu n'eus pendant de longues années, pour toute satisfaction, que ma joie que tu faisais tienne et ma confiance en l'avenir aux jours de succès. Aussi, est-ce du fond de mon cœur que je t'offre cette thèse inaugurale, bien faible témoignage de ma filiale reconnaissance et de ma profonde affection.

G. TEILLOT.

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

G. TEILLOT.

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DELMAS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

G. TEILLOT.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

Nous n'avons jamais tourné une page de notre vie avec plus d'émotions et d'heureux regrets que celle-ci. Nous connaissons bien les douceurs de l'existence que nous quittons et nos amis, nos aînés, nos maîtres nous ont déjà dit l'amertume, les déceptions et les lourdes responsabilité de la carrière où nous entrons sans autre fortune que notre savoir et notre diplôme. Nous l'avons choisie cependant, parce que si elle mène difficilement à la fortune et aux honneurs, elle est belle entre toutes par les devoirs qu'elle impose et par les services qu'elle rend à l'humanité.

Aussi, à l'heure où ce passé plein de charmes nous paraît si doux par son contraste avec un avenir menaçant, nous nous rapprochons, par le cœur, de tous ceux qui nous firent ce que nous sommes, de ceux qui nous aimèrent et nous leur exprimons la confiante reconnaissance que nous leur garderons pour toujours.

Nous adressons particulièrement nos remerciements, aux maîtres qui se sont efforcés de faire de nous un médecin et sutout un praticien, à ceux qui nous ont si bien armé pour être utile à nos semblables et nous ont donné un exemple admirable.

Notre première pensée de gratitude ne peut aller qu'à cette Ecole de Médecine, de Clermont-Ferrand. De

MM. les docteurs Bousquet, Buy, Billard, Maurin, Dionys du Séjour, Lepetit, Planchard, nous garderons le meilleur souvenir.

C'est aussi à nos Maîtres de la Faculté de Montpellier que va notre reconnaissance.

A MM. les professeurs Baumel, Estor, Rauzier, De Rouville, Euzière, Tédenat, Vires, Vallois, Delmas, dont nous avons suivi les cliniques avec plaisir et qui seront pour nous d'un grand secours dans la pratique journalière.

En mettant en pratique les conseils et l'enseignement de tous ces Maîtres, nous sommes assuré de ne pas dévier de la grande tradition médicale toute d'honneur et de dévouement.

DU TRAITEMENT

DES

RÉTENTIONS PLACENTAIRES

APRÈS L'AVORTEMENT

ETUDE HISTORIQUE, CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

HISTORIQUE

L'avortement a été remarqué dès les temps les plus reculés, aussi la thérapeutique des accidents auxquels il a donné lieu a-t-elle varié suivant les époques considérées. A cet égard, l'étude des rétentions placentaires post-abortives a suscité des moyens variés suivant les médecins, et nous pouvons avec Lamoureux, considérer trois périodes dans l'histoire des rétentions post-abortives.

1) Une première période vague, indécise qui va des temps les plus reculés de l'antiquité jusqu'à Hippocrate.

2) Sous l'influence du médecin de Cos, on voit déjà poindre certains efforts vers l'intervention, mais ensuite tous les médecins qui suivirent ne furent jusqu'au début du 18e siècle que les imitateurs d'Hippocrate.

3) Enfin avec la troisième période, nous entrons dans

l'époque actuelle où la thérapeutique fit un réel progrès et divisa les médecins en deux camps : les partisans de l'Expectative d'une part ; les partisans de l'Intervention d'autre part.

Première période. — Dans les temps les plus reculés de l'antiquité, on voit que l'avortement était souvent pratiqués, mais les complications auxquelles il donnait lieu n'étaient regardées que comme une intervention malveillante de la Divinité. Puis à partir de l'époque grecque, les manœuvres abortives deviennent de plus en plus fréquentes, entretenues, par les écrits des philosophes (Aristote, Socrate) qui les conseillaient sans scrupule. Mais alors on ne faisait pas de distinction entre l'avortement et la rétention placentaire, et tous deux étaient traités par des abortifs dont la courtisane Aspasie a laissé de nombreuses formules.

Deuxième période. — Alors arrive Hippocrate. Il se rend compte que les accidents qui compliquent l'avortement dérivent de la rétention du placenta ; il donne des descriptions détaillées de l'infection puerpérale et à par la « succession » de la femme sur un lit (De morbis mulierum, livre v° 888). La thérapeutique se résume en deux moyens : d'une part les abortifs tels que injections, eau de mauve, grains d'ache, etc. ; d'autre part les manœuvres directes sur le col à l'aide de pessaires cantharides ou autres qui doivent provoquer la dilatatation. (Hippocrate *loco cit.*, paragraphe 133).

A partir de ce moment, l'obstétrique comme toute la médecine, subit une sorte de déclin ; on ne se souvient plus d'Hippocrate et toute l'érudition, toutes les velléités scientifiques sont concentrées dans les monastères, et i

faut l'arrivée des Frates, vers le huitième siècle pour donner un nouvel essor aux études médicales. Parmi eux, Avicenne recommande la saignée, l'excitation du col par un tuyau de plume : les infections intra-utérines. Et toujours inspiré par Hippocrate cet « ille parens omnis medicinæ ». l'on arrive à A. Paré qui tout en respectant l'autorité de son illustre prédécesseur conseille d'aller prendre, avec la main l'arrière faix dans la matrice, avec le sécateur s'il est adhérent, d'enlever les caillots qui pourraient se trouver à l'intérieur de l'utérus.

Troisième période. — A partir du dix-huitième siècle, de nombreux écrits s'occupent de la question : parmi ceux-ci il faut citer les ouvrages de Vindel, Parat, Mauriceau, etc, mais on hésite encore à pratiquer l'intervention jusqu'à ce qu'arrive le dix-neuvième siècle, divisant les accoucheurs en deux camps : les interventionnistes des non interventionnistes.

Or tandis qu'à l'étranger, Oséander, Vyler, Lurette sont partisans de l'intervention ; en France Pajot, Tarnier et Budin recommandent l'expectative ; tandis que Doléris est partisan du nettoyage immédiat de la cavité utérine.

ETUDE CLINIQUE DE LA RÉTENTION PLACENTAIRE APRÈS L'AVORTEMENT

Les accidents qui compliquent si fréquemment l'avortement ne reconnaissent dans la grande majorité des cas que la rétention de l'arrière faix dans l'intérieur de la cavité utérine.

En effet, si dans quelques rares cas, la rétention est simple, ne s'accompagne, ni de phénomènes locaux ou généraux graves ; il n'en est malheureusement pas toujours ainsi ; et le plus souvent l'on voit se dérouler les redoutables accidents de la rétention compliquée. Or les complications de notre rétention peuvent être locales ou générales. D'une part ; le placenta, qu'il soit totalement ou partiellement déchiré, constitue un obstacle et à la contraction et à l'involution utérine. Les tissus utérins sont ainsi béants et donnent lieu à des hémorragies abondantes. Puis, à ce moment l'utérus est peu épais ; aussi assez nombreuses, sont les *perforations* qui peuvent se produire dans cet organe, par suite de manœuvres instrumentales destinées à en retirer l'arrière faix.

D'autre part, le placenta qui séjourne dans l'intérieur de la matrice, constitue un excellent milieu de culture

pour les nombreux espèces microbiennes qui se trouvent dans le conduit vagino-vulvaire ; aussi nombreuses sont les chances d'infection ; infections d'ordre local (métrites ; phlegmons des ligaments larges, etc.) infections d'ordre général : septicémies. Pyohémies.)...

Mais avant d'aborder l'étude clinique des rétentions placentaires ; il faut auparavant dire quelques mots de leur fréquence, de leurs causes, du mécanisme qui y préside.

A. I. Considérations générales.

B. *Fréquence.* — Quelle est la proportion de ces rétentions placentaires ?

En premier lieu, peut-on assigner une limite fixe de temps à la rétention du placenta après l'expulsion du fœtus ou de l'embryon ?... Or à ce sujet, il y a discordance entre les différents auteurs et tandis que les uns disent qu'il y a rétention, quand six heures après l'expulsion fœtale, l'arrière faix est encore contenu dans la cavité utérine; d'autres admettent une durée de 12 heures ; 24 heures ; même plus. Doléris admet qu'il y a rétention, quand le col se referme sur le placenta enfermé dans la matrice. en même temps que les contractions utérines diminuent de plus en plus d'intensité.

Mais avec une telle définition ; il peut arriver qu'avec un col dilaté, on ait des contractions utérines faibles, un travail qui traîne en longueur : et ainsi on se trouverait amené à ne pouvoir parer assez à temps aux accidents éventuels des rétentions. Aussi ajouterons-nous à cette

définition une limite de temps qui variera entre 12 et 24 heures.

Quant à la fréquence de ces rétentions, les statistiques divergent, suivant les auteurs et si dans les cas habituels, le travail est continu et sans interruption ; il n'en est pas toujours ainsi et dans les statistiques de Brion, on voit que le placenta a été retenu dans 4 0/0 des cas, dans celle de Runitie, on voit que la proportion est d'environ 28 0/0, ce qui fait une fréquence assez grande.

III. Epoque.

A quel moment de la grossesse se fait la rétention placentaire ? Ou plutôt quand a lieu le plus fréquemment, l'avortement en deux temps qui permet la rétention de l'arrière faix ?

Si dans les premiers mois de la grossesse ; l'avortement se fait en un seul temps ; il est quelquefois des cas ou par suite d'hémorragies, il a lieu en deux temps. Mais c'est bien le plus souvent pendant le *troisième et le quatrième mois* que se produit cet accident ; car après cette date ; l'avortement ressemble déjà à un accouchement prématuré ; la délivrance se fait peu de temps après l'expulsion fœtale et les contractions utérines, de même que l'effacement du col sont bien plus prononcés.

III. Causes-mécanismes de la rétention ?

Puisque la majorité des rétentions a lieu au cours des troisième et quatrième mois de la grossesse ; quelles sont donc les causes qui y président ? Or ces facteurs sont

nombreux, provenant de l'œuf et de ses annexes, de l'état de l'utérus, de l'état du col :

1° *Œuf et annexes.* — Pendant les six premières semaines de la grossesse, l'œuf est réduit à une vésicule infiniment petite, qui par son chorion se greffe sur la muqueuse utérine, laquelle, à ce moment a augmenté considérablement d'épaisseur et s'est richement vascularisée pour former les caduques .. à partir du troisième mois, le placenta se différencie déjà ; mais les membranes enveloppantes continuent à avoir une épaisseur considérable : puisque à ce moment, elles ont atteint leur maximum d'hypertrophie, devant diminuer dans la suite de la grossesse ; alors que le volume du fœtus tendra à devenir de plus en plus prépondérant sur celui des annexes ;

2° *Etat de l'utérus.* — A ce quatrième mois, cet organe a déjà commencé à s'hypertrophier mais les fibres musculaires n'ont pas atteint, l'apogée de leur développement ; aussi rien d'étonnant à ce que, après l'avortement, les contractions utérines moins continues, moins fortes qu'à la fin de la grossesse permettent la rétention de l'arrière faix dans la cavité utérine ;

3° *Etat du col.* — De même ici, le col n'a pas eu le temps de changer de consistance, la dilatation n'a lieu qu'imparfaitement, aussi, si l'expulsion n'est pas immédiatement suivie de délivrance, il va se refermer, emprisonnant l'arrière faix dans l'utérus ;

4° Enfin à cette époque de l'avortement, les adhérences de l'œuf avec l'utérus sont plus solides, et du fait de l'apparition du placenta et du fait de la soudure des caduques pariétales et ovulaires.

Ainsi, d'après ceci, on voit que pendant les deux premiers mois de la grossesse ; l'œuf qui n'a pas contracté de fortes adhérences peut être entraîné en bloc, tandis qu'à partir du troisième mois, les divers facteurs ci-dessus énumérés interviennent pour favoriser et l'avortement en deux temps et la rétention de l'arrière faix dans l'utérus, que placenta, chorion, amnios, ou caduque soient retenus en totalité ou en partie.

IV. Comment se présente cet arrière faix dans la cavité utérine après l'avortement.

Après l'expulsion du fœtus, plusieurs cas peuvent se présenter, quant à la rétention du placenta :

1° *Le placenta est complètement décollé* ; mais il est retenu dans la cavité utérine ou engagé au niveau du col, et alors si l'on n'intervient pas, malgré l'assertion de certains auteurs, il peut arriver que ce placenta donne lieu à des phénomènes de septicémie, d'autant plus fréquents que le col incomplètement fermé, favorisera la pénétration des germes infectieux.

2° Le placenta est complètement adhérent. Les contractions utérines qui ont été assez fortes pour évacuer l'œuf, sont maintenant impuissantes pour dénouer ce placenta qui reste fixé au fond de l'utérus et alors, ou il peut être expulsé en bloc quelque temps après ou par fragments ; ou bien il peut donner lieu aux complications des rétentions ; le plus souvent il est expulsé putréfié. Mais ainsi retenu dans la cavité utérine, il subit un certain nombre de transformations : certains auteurs croient

qu'il continue à vivre, « mais, dit Tarnier, le fait est peu probable ; car la circulation fœto-placentaire doit être considérablement réduite, sinon totalement supprimée. Il est plus facile d'admettre, pour expliquer cet état, une sorte de vie obscure, se maintenant par imhibition ; comme cela a lieu pour les organes ou les tissus dépourvus de vaisseaux ». Enfin pour certains auteurs il y aurait absorption ou résorption du placenta. Mais ces faits sont difficiles à contrôler, car le placenta peut être éliminé par fragments au milieu des lochies ou des caillots sans que ni la malade ni les personnes de l'art s'en aperçoivent. Cette résorption partielle du placenta ne peut cependant être rejetée et mise en doute ; surtout lorsque on considère ce qu'il advient parfois du placenta dans la grossesse intra-utérine.

3° Le placenta est en partie décollé et en partie adhérent. C'est alors qu'on voit survenir les deux complications les plus graves de l'avortement : l'hémorragie et la septicémie dont l'intensité varie suivant l'étendue du décollement placentaire la vigueur des contractions utérines, et la conduite tenue. Si il n'y a que de petites portions du tissu placentaire qui restent adhérentes, elles peuvent ne point être éliminées et donner lieu à des hémorragies qui persistent pendant longtemps Quoiqu'il en soit, c'est dans ces cas qu'il faut se garder d'exercer des tractions sur la partie du placenta décollée qui se présente au niveau de l'orifice uterin : on s'expose ainsi à déchirer le placenta à provoquer une hémorragie due au décollement incomplet dont on a augmenté l'étendue.

4° Le placenta est expulsé en partie, tandis qu'une de ses portions reste adhérente à la paroi interne : ici il faut encore redouter l'hémorragie et l'infection.

B) La rétention placentaire est simple.

Après l'expulsion de l'œuf, les contractions utérines, diminuent d'intensité ; puis cessent sans que l'arrière faix soit sorti. Après une attente de quelques heures, le toucher vaginal montre que le col s'est déjà plus ou moins complètement refermé, emprisonnant l'arrière faix dans la cavité utérine. C'est alors qu'il faut veiller aux complications. Cependant la prise de la température montre qu'il n'y a pas d'ascension notable, le pouls ne présente pas une rapidité exagérée, ou bien on ne note aucune dissociation entre ces deux éléments. Aucun phénomène de réaction péritonéale. Cependant pendant quelques jours il s'écoule un peu de liquide sanguinolent, quelques lochies noirâtres, plus ou moins sanieuses, mais n'ayant aucune fétidité, et ordinairement la femme se lève. Alors au bout d'un laps de temps assez variable, elle est prise tout d'un coup d'une hémorragie assez abondante, en même temps que surviennent des douleurs dues à des contractions utérines. Et alors un nouveau travail se déclare, et le placenta ne tarde pas à être expulsé Malgré sa rétention plus ou moins prolongée dans l'utérus, il ne présente ni odeur, ni altération marquée, tout au plus a-t-il quelque altération de dégénérescence graisseuse, il est moins épais, moins volumineux, comme ratatiné avec une coloration grisâtre. A partir de ce moment, la femme ne perd plus guère de sang, son utérus qui était resté volumineux, revient peu à peu sur lui-même.

c) La rétention placentaire est compliquée.

Parmi les complications qui peuvent survenir au cours de la rétention placentaire, nous n'aurons en vue que celles survenant immédiatement, c'est-à-dire l'hémorragie, la septicémie, et la perforation de l'utérus, cette dernière conséquence d'une intervention plus ou moins malencontreuse.

1) *Hémorragie.* — Par suite de la persistance du placenta à l'intérieur de la cavité utérine, qu'il soit complètement ou partiellement décollé, on peut voir des hémorragies graves qui font courir un réel danger à la malade. Que ce soit un écoulement de sang qui se fasse d'une façon intermittente au moment de chaque contraction utérine ou un suintement continu, ce sang provient du fond de l'utérus et décollant les membranes s'écoule le long des parois de cet organe et du vagin pour apparaître à la vulve, dans d'autres cas le sang au lieu de s'écouler à l'extérieur, s'amasse dans la cavité utérine, s'y coagule, et ses caillots s'opposent à leur tour à l'évolution et à la contraction de l'organe, aussi l'utérus augmente t-il constamment de volume, dépassant parfois l'ombilic, tandis que, par suite de la mollesse de ses parois, il arrive que la main par le palper abdominal ne puisse délimiter les contours de l'organe.

Quoiqu'il en soit, la quantité de sang perdu est abondante, variant de 800 à 1000 gr. et même au-delà et s'accompagnant de tous les signes de l'anémie aiguë post-

hémorragique. Ce sont ordinairement des troubles encéphaliques qui ouvrent la scène. La malade éprouve une sensation de malaise, de vertige qui peut même aller jusqu'à la syncope et qui diminue ordinairement quand la tête est en position basse. Puis ce sont des bruits anormaux entendus par la malade, des tintements, des sifflements d'oreille, ou une disparition rapide de la vision. Ensuite la malade est en proie à une angoisse respiratoire extrême, la dypsnée est intense, et de larges inspirations n'arrivent pas à colorer cette dyspnée. Les membres sont froids : les éléments se décolorent deviennent violacés en même temps que les muqueuses pâlissent et que le facies prend un teint terreux, mais non tiré : Ponrtant la température n'est pas élevée, il y a encore hypothermie : mais si on prend le pouls on s'aperçoit qu'il est rapide. filant, hypotendu. Et ainsi la répétition de ces hémorragies finit par mener la malade à la mort ou hien la place dans un état de déchéance telle qu'elle sera la proie de la moindre infeetion.

2° *Septicémie.* — D'autres fois, en général un ou deux jours après l'accouchement, il s'écoule par la vulve un liquide noirâtre, en même temps que les lochies présentent une odeur repoussante caractéristique. La malade est alors prise d'un violent frisson en même temps que la température monte brusquement à 40° et même au-delà. Alors tout le cortège infectieux de la septicémie fait son apparition : céphalée intense, vomissements, oligurie, dyspnée toxique avec tachycardie et mort dans le coma ordinairement au bout de cinq ou six jours.

3° *Perforation de l'utérus.* — Enfin, au bout d'un curettage utérin, il arrive que l'instrument perfore cet organe,

ordinairement au niveau des angles ; aussi la pénétration de tous ces fragments infectés à l'intérieur de la cavité abdominale peut-elle être la cause de redoutables accidents péritonéaux avec douleur, fièvre, météorisme, vomissements fécaloïdes, etc., suivis bientôt de mort de la malade.

Ainsi le pronostic des rétentions placentaires post-abortum est, assombri par ces complications qui portent la mortalité aux environs de 28 o|o, et par les accidents tardifs qui peuvent survenir chez cette femme qu'un avortement compliqué met, soit au point de vue local, soit au point de vue général, dans un véritable état de misère physiologique.

THÉRAPEUTIQUE MODERNE DES RÉTENTIONS PLACENTAIRES POST-ABORTIVES

La thérapeutique des rétentions placentaires après l'avortement varie un peu suivant les auteurs qu'on envisage. Tout d'abord il se dégage de l'ensemble des travaux faits sur la question qu'il existe deux grandes catégories de rétentions placentaires. En premier lieu les rétentions placentaires simples, en second lieu les rétentions placentaires compliquées. Si pour ces dernières il y a unanimité à tenter l'intervention, il n'en est pas de même dans les premières.

En effet en face de rétentions simples non compliquées, les uns sont systématiquement interventionnistes, d'autres au contraire sont partisans d'attendre les événements et se contentent en quelque sorte d'une expectative armée, ce sont les non-interventionnistes.

RETENTIONS SIMPLES

1° Thérapeutique non interventionniste

Cette méthode a été préconisée en France par Pajot, Dejaul, Bailly, Tarnier, Gerbaud, dans les thèses de Genesteix, Bourgogne et Vibert. Cependant nous devons dire que Pinard et Budin qui au début étaient de farouches non-interventionnistes ont singulièrement évolué plus tard et qu'ils étaient passés avec armes et bagages dans le camp des interventionnistes.

Evidemment les défenseurs de cette doctrine s'appuient pour préconiser leur manière de faire sur des faits qui paraissent probants. Ils citent de nombreux cas où malgré une rétention prolongée dans l'utérus le placenta a été expulsé à l'état frais sans la moindre putréfaction et sans le moindre trouble portant sur l'état général. Ils ont noté dans les cas qu'ils rapportent sur le petit nombre d'hémorragies 3 fois sur 536 (Brion) et ont toujours vu l'élimination du placenta se faire peu à peu et d'une façon progressive sous la seule influence d'une antisepsie très rigoureuse des voies génitales. Enfin les résulats semblent bien ajouter encore en faveur de leur manière de faire puisque Budin, lorsqu'il défendait encore cette thérapeutipue non interventionniste en 1895 ne signalait que 4 morts sur 230 cas observés.

Maintenant voyons un peu en quoi consiste cette expectative armée ; une fois l'embryon ou le fœtus expulsé, si l'on peut croire qu'il est resté dans la cavité utérine

une partie du faix ou de l'arrière faix il faut immédiatement *mettre la femme au lit, s'abstenir le plus possible des touchers vaginaux, prescrire des injections vaginales tièdes ou chaudes* répétées 2 fois par jour et qui comprendront chacune une solution autiseptique (Lysol, une à 2 cuillerées par litre) du volume de 2 litres ; ces injections devront être données lentement et il est inutile d'ajouter que le bock, le tube de caoutchouc et la canule qui serviront à les administrer auront été au préalable soigneusement stérilisés. Il est en effet un précepte dont il faut tenir le plus grand compte c'est qu'il est absolument indispensable de ne pas transformer une rétention simple en rétention compliquée.

Il faudra en outre surveiller soigneusement le pouls et la température de la malade et se rendre compte quotidiennement de la couleur et de l'odeur des écoulements vaginaux.

L'indication de cette méthode est très simple, elle s'applique uniquement aux rétentions placentaires simples, à celles qui ne s'accompagnent d'aucun autre trouble local ou général. Dans les cas de rétention compliquée son opportunité ne doit même pas être discutée, elle ne peut en aucun cas être mise en avant.

Mais même dans les rétentions simples doit-elle toujours être de même. Ses défenseurs répondent systématiquement que oui, cependant il semble qu'il ne peut pas toujours en être ainsi. En somme elle a pour but de laisser faire les défenses naturelles, en partant de ce principe que l'utérus sain se trouvant en présence d'un corps étranger tend à se débarrasser de ce dernier. Mais si cette idée est exacte il paraît, bien entendu sous *le couvert de la plus grande asepsie*, plus pratique d'aider parfois à cette tendance naturelle. On gagne ainsi souvent

un temps précieux, et on extrait en quelques instants ce qui parfois demanderait des jours et des jours à s'éliminer seul. On comprend rarement les difficultés qu'il peut y avoir à laisser en clientèle et même à l'hôpital une femme condamnée au repos absolu et au lit pour un temps qu'on est dans l'impossibilité absolue de fixer. En outre les malades de ce genre ont besoin d'une surveillance continuelle, seule capable de montrer si à un moment donné la rétention placentaire ne se complique pas de phénomènes infectieux (élévation de température, dissociation du pouls et de la température, hémorragies) et qu'il est bien difficile de pouvoir obtenir en dehors des milieux hospitaliers. Enfin, dernier argument, les portions placentaires retenues dans la matrice peuvent ne pas s'éliminer complètement alors qu'on croit le contraire. Dans ces conditions elles peuvent se fixer à la paroi utérine, au voisinage du col et être alors le point de départ d'accidents plus ou moins éloignés et de gravité variable.

Pour tous ces motifs la méthode non interventionniste n'a guère actuellement qu'un petit nombre de défenseurs et c'est presque toujours aux méthodes interventionnistes qu'on demande de réaliser la libération de la cavité utérine.

2° Thérapeutique interventionniste

Considérations générales. — Malgré les résultats assez bons obtenus par la méthode que nous venons d'exposer la plupart des gynécologues et des accoucheurs penchenl aujourd'hui pour la thérapeutique interventionniste. Si les non interventionnistes apportent des statistiques favora-

bles à leur manière de voir il n'en reste pas moins que la rétention de débris placentaires *in utero* est toujours une condition prédisposante, un milieu de culture très favorable, pouvant à tout moment faire naître l'infection générale ou locale. Et comme en médecine mieux vaut prévenir que guérir ils n'hésitent pas à hâter par tous les moyens possibles la sortie du délivre. Même chez ceux qui sont partisans de l'intervention à outrance il y a pourtant des opinions fort diverses sur les moyens à employer pour arriver à ce résultat.

Avant d'aller plus loin voyons un peu quelles sont les diverses conduites qu'il est possible de tenir dans ces conditions et quels auteurs les ont préconisées.

Bolens dès 1885 soutient que toujours lorsqu'on soupçonne qu'une partie du délivre est dans la cavité utérine il faut l'évacuer et ce, à une époque où Tarnier et toute son école prêchaient la non intervention. Dolains ne tarda pas à faire école et, à son avis se rangèrent Charpentier, Audebert, Marüschi.

Ainsi que le dit très bien Scemama dans une thèse récente, beaucoup d'interventionnistes basent leur conduite sur l'arrêt du travail et opèrent immédiatement. D'autres au contraire attendent un laps de temps de 6 à 12 ou 24 heures après l'expulsion du fœtus.

Noble et Maygrier ont montré qu'il y avait intérêt à intervenir immédiatement lorsque il y aura eu manœuvres abortives, lorsque l'avortement a été septique du fait de touchers fréquents, de tentatives antérieures vaines de délivrance. L'intervention immédiate s'impose également lors de rupture prématurée des membranes et de macération de l'enfant ou lors d'avortements gémellaires prêtant par le volume enorme du placenta à une rétention plus facile. Enfin en dernier lieu lorsqu'il sera impossible de

suivre la parturiente d'une façon attentive après l'expulsion fœtale.

Des interventions susceptibles d'être pratiquées dans ces conditions peuvent être rangées en deux grands groupes, les interventions simplement palliatives et les interventions curatives.

A. Méthodes palliatives

1° *Injections intra-utérines.* — Le lavage de l'utérus infecté préconisé par Harvey a été pratiqué méthodiquement en 1704 par Ruleau, mais il faut arriver à Recdin et Levret pour le voir employé à l'évacuation des portions d'arrière faix en voie de putréfaction *in utero*. Gensoul, Roche et Hervez de Chegsin l'employèrent à leur tour. Malgré ce, leur emploi ne se généralisa pas. Avec Hervieux, Fontaine et Rendu elles eurent une vogue nouvelle vogue d'autant plus facilement explicable qu'elles étaient alors le seul moyen capable de combattre l'infection. Tarnier lui-même, préconisa fortement ces injections intra-utérines répétées 2 ou 3 fois par jour. Mais aujourd'hui, la thérapeutique nous offrant des moyens plus efficaces et peut-être moins dangereux, on tend de plus en plus à abandonner cette pratique, surtout envisagée comme seul moyen thérapeutique. En effet, si dans certaines conditions ces injections peuvent être avantageusement associées à tout autre manœuvre intra-utérine (Drainage, écouvillonnage, curettage) elles peuvent dans d'autres (infection limitée à la vulve) ensemencer l'utérus jusque là indemne.

a) *Manuel opératoire.* — Il est nécessaire d'avoir un récipient de deux litres avec tuyau en caoutchouc où est adaptée soit la sonde de Tarnier soit une sonde à double courant comme celle de Budin par exemple, facile à introduire et ne permettant pas l'accumulation du liquide *in utero*. Cette sonde présente une courbure en fer à cheval et peut se faire en métal ou en verre. Dolain a imaginé une sonde en forme de lyre dont on peut à volonté rapprocher ou écarter les deux branches au moyen d'une vis à armature mobile permettant en même temps d'exercer une certaine dilatation sur le col.

On injectera ainsi une solution antiseptique, non toxique, donc ni phéniquée, ni sublimée. On pourra avoir recours, soit à :

L'iode à 3 °/₀ avec 6 grammes d'iodure de potassium.

L'eau oxygénée à 12 volumes coupée d'une quantité égale d'eau bouillie, Son emploi sera fait avec ménagements (embolie aérienne) dans les 3 ou 4 jours consécutifs à l'avortement.

Le permanganate de potasse 1 à 2 gr. °/₀

La liqueur de Labarraque 30 gr. °/₀

L'aniodol à 1 p. 4000.

Avant de pratiquer l'injection, sonder la femme, la placer sur une toile imperméable, les jambes écartées, le siège sur un bassin. Nettoyer soigneusement la vulve et le vagin. Introduire ensuite dans le vagin l index et le médius droit, s'assurer de la situation de l'orifice externe de l'utérus, reconnaître sa perméabilité et glisser de l'autre main la canule dans le vagin en lui faisant suivre la gouttière formée par la masse vaginale en supination très forte. Une fois le bec de la sonde dans le col, il est nécessaire de réduire l'anteflexion utérine et de changer la

direction de la canule. Pour cela, enlever la masse vaginale et redresser si c'est nécessaire le corps utérin abdominal en appuyant d'avant en arrière et de haut en bas. Pour pénétrer dans la cavité utérine, il suffit d'abaisser le pavillon de la sonde jusqu'à ce que le coude droit de l'opérateur soit en contact avec le plan du lit.

Le bock est immédiatement élevé à 40 centimètres au-dessus du plan du lit. Au moment où on cesse l'injection retirer la sonde et chasser le liquide qui a pu rester *in utero* à l'aide d'une expression abdominale.

b) *Accidents.* — Les injections intra-utérines ne sont pas toujours exemptes de danger. Elles peuvent s'accompagner d'hémorragie, voire même de perforation causées par l'introduction maladroite de la sonde, de douleurs violentes. Il n'est pas rare de voir la température monter après elles d'une façon inquiétante. Enfin on a noté parfois l'apparition de phénomènes nerveux, syncope, coma. L'état de la malade peut à certains moments être tellement grave, du moins en apparence, qu'on la croit en agonie (Bard). Ces accidents sont dus au passage du liquide de l'injection à travers la trompe dans le péritoine. Signalons en passant la mort subite qui a pu être enregistrée dans quelques observations.

Tous ces accidents montrent qu'une injection intra-utérine ne doit pas être faite à la légère. Il faut être très *aseptique* et veiller très sérieusement à l'*écoulement* de retour du liquide employé. D'ailleurs l'injection intra-utérine n'est guère employée seule comme thérapeutique des rétentions placentaires post abortum, elle s'associe le plus souvent, comme nous le verrons plus loin, à une intervention plus efficace, curage ou curettage.

2° *Tamponnement intra-utérin ou même utéro-vaginal.* — Ce procédé favorise la rétraction de l'utérus et empêche l'accumulation de caillots dans la cavité. Enfin il joue le rôle d'un véritable foncement intra-utérin. Bonnaire en est un partisan convaincu. Voici comment il le pratique dans le but d'amener l'expulsion du placenta.

Toujours après nettoyage antiseptique de la vulve et du vagin et cathétérisme de la vessie, la femme étant en position obstétricale, saisir le col avec une pince à griffe et la confier à son aide, faire une injection intra-utérine iodée, bourrer la cavité intra-utérine avec une mèche de gaze iodoformée, étroite et longue, à l'aide d'une pince à pansement. Quelquefois l'opération est rendue difficile par le col qui est contracté ou par la contraction de l'anneau de Bandl. Il faut alors procéder avec douceur et prendre son temps. Il est indispensable de ne pas oublier que pour être efficace le pansement doit être serré.

Bonnaire a eu l'occasion de traiter ainsi quinze cas de rétentions placentaires et l'expulsion du placenta eut toujours lieu dans les 24 heures. D'après Scemama, M. de Rouville aurait obtenu de cette façon un très beau résultat.

Cependant cette méthode a ses détracteurs, certains accoucheurs et en particulier Demelin la rejettent parce qu'elle a l'inconvénient de s'opposer à l'écoulement des liquides septiques. Elle transforme en quelque sorte l'utérus en cavité close. Aussi le tamponnement ne doit-il pas être laissé en place plus de douze heures.

De plus, comme le fait très justement remarquer Scemama, cette façon de faire n'est guère plus facile qu'un curage digital, peut-être même est-elle plus difficile. En tout cas le curage délivre la femme bien plus vite et n'a pas les inconvénents du tamponnement ci-dessus énu-

mérés. Pour ces motifs Pinard le rejette impitoyablement.

Donc, le tamponnement ne se recommande par aucun avantage spécial. Cependant il peut être indiqué par l'existence d'une lésion utérine telle qu'une rupture du segment inférieur.

3° *Introduction du ballon de Champetier de Ribes.* — Pinard et quelques autres auteurs ont introduit dans l'utérus des ballons ou tissus imperméables et inextensibles, corps étranger qui est chargé de produire des contractions utérines et d'amener par suite le décollement et l'expulsion du placenta. Agissant en même temps comme tamponnement intra-utérin, il a pour but de prévenir l'hémorragie. Il facilite ensuite l'exploration de la cavité utérine avec les doigts.

Pour faire cette introduction on coule le ballon comme un cigare et on le porte au-dessus du col au moyen d'une pince spéciale ayant la forme d'un forceps minuscule à cuillers longues et étroites. On le distend une fois en place avec de l'eau stérilisée.

Ce procédé a pu donner quelques bons résultats mais on lui reproche, à juste titre, d'être long et très souvent infidèle.

4° Nous ne citerons que pour mémoire les irrigations utérines continues qui sont complètement abandonnées à l'heure actuelle.

5° *Médication écbolique.* — Les médicaments susceptibles de provoquer les contractions utérines sont excessivement nombreux, le factum des thérapeutes ou la vogue plus ou moins accentuée et plus ou moins juste de quelques-uns d'entre eux les ont fait presque tous employer.

Disons que la plupart sont inefficaces aux doses où ils sont inoffensifs et que tous ou à peu près sont nocifs aux doses où ils devraient être employés pour produire leur effet.

Nous nous contenterons de passer ici rapidement en revue l'ergot de seigle et le sulfate de quinine.

Nous serons brefs dans le premier de ces agents thérapeutiques, après les travaux de Miraschi (Salonique), Cordes (Genève), Schwab, il doit être absolument proscrit de la médication usuelle.

Le sulfate de quinine a des propriétés vecto-motrices bien mises en lumière par Cordes en 1888, dans les *Annales de Gynécologie*. D'après lui la quinine agit seulement sur le corps de l'utérus et non sur le col comme l'ergot de seigle. Donc, toutes les contractions produites vont être ici utiles à l'expulsion et empêcheront l'emprisonnement du délivre par la contraction du col.

La quinine, dit Schwab, est un excellent excito-moteur une fois le travail déclaré et la contractilité des fibres musculaires mise en jeu. C'est un médicament ocytocique ce n'est pas un médicament abortif. Il ne produit pas la contraction utérine si elle n'existe pas déjà. De plus, loin de faire comme l'ergot de seigle et par suite de provoquer des contractions permanentes continues et partant fort dangereuses pouvant aboutir à la lithonisation du myomètre, la quinine ne détermine que des contractions intermittentes tout comme les contractions physiologiques. Schwab a eu de cette façon à enregistrer d'excellents résultats.

Il conseille d'administrer 1 gramme de sulfate de quinine en deux cachets à dix minutes d'intervalle. De Rouville et Reynes, de Montpellier, auraient eu de cette manière un bon succès (Scemama).

En tout cas, le médicament est d'une innocuité parfaite mais le succès ne répond pas toujours à son emploi. Il est très infidèle et on ne doit pas se fier exclusivement à lui dans l'expulsion de l'arrière-faix. Colomby, dans sa thèse, le préconise fortement.

B. — Méthodes Curatives

(Interventionnistes proprement dites)

Les méthodes sont au nombre de trois :

L'écouvillage utérin ;
Le curage digital ;
Le curettage.

Toutes trois peuvent être employées isolément, mais le plus souvent, elles sont associées soit entre elles, soit avec d'autres interventions Il n'est pas rare, comme nous le verrons plus tard, d'associer curettage et écouvillage. Il n'est pas rare non plus de faire, après un curage digital ou un curettage, des injections, des cautérisations intra-utérines et d'accompagner le tout d'un drainage utérin. Dans ce chapitre, nous nous occuperons spécialement des méthodes interventionnistes proprement dites, telles que nous venons de les énumérer en tête. Nous décrirons dans le chapitre, où nous résumons la conduite à tenir, les diverses associations d'interventions sus-énumérées.

Ecouvillage utérin. — Préconisé par Doléris. La femme étant en position obstétricale sur le bord du lit, il abaisse

l'utérus à la vulve avec une ou deux pinces à la base du col sur la lèvre antérieure, puis dilatation du col soit avec le dilatateur de Sims, soit avec un doigt, puis deux, puis un gant de Baines.

L'écouvillon a la forme d'une petite brosse allongée comparable à celles qui servent à nettoyer les bouteilles : on le fabrique en crin, Budin le préfère en côtes de plumes plus résistantes. Stérilisé, puis séché, il est surtout indiqué dans les cas de rétention des membranes. Dans ces conditions c'est un instrument merveilleux.

On l'enfonce par un mouvement de vrille. Avec lui, il est possible de se passer de pinces et de curettes. Il est moins brutal que la curette et beaucoup de médecins qui hésitent à employer cette dernière n'hésiteront pas à employer le petit balai de Doléris. Son action est plus uniforme et plus mesurée. Il porte plus complètement sur la surface interne de l'utérus, qui vient se mettre sur lui pour ainsi dire et offrir à ses aspérités tous les points de sa surface successivement. Il paraît déterminer la contraction de la matrice par son contact avec le col et l'orifice interne, mieux que ne le fait la curette et par cela même assure mieux l'hématose. En même temps, quand il les détache, il entraîne nécessairement toutes les parcelles qu'il a détachées, ce que ne font ni la curette, ni les pinces. Seule la muqueuse est abrasée par lui. Enfin, avantage précieux, on peut le charger d'un logique antiseptique qu'il transporte dans l'utérus en assurant ainsi au fur et à mesure du grattage la parfaite protection des parties utérines au point de vue de l'antisepsie ; la curette ne peut rendre un pareil service.

Par contre, s'il s'agit d'un placenta un peu volumineux l'écouvillage ne rentre dans l'opération qu'à titre de com-

plément. C'est le coup de balai de la fin ajouté au curage ou au curettage.

Curage digital. — C'est là une intervention facile et excellente.

Vannier le préférait à l'écouvillonnage. Budin l'emploie d'une façon systématique en l'associant à ce dernier.

Pour sa technique, Vannier commençait à dilater le col avec des ballons de Chompetus. Pour faire, dit-il, un curage digital soigneux, complet et, par suite efficace, il faut que la malade soit endormie sous la volition complète. Elle est d'abord placée en ponction obstétricale. L'opérateur pratique d'abord l'exploration de la cavité utérine; pour cela il introduit toute la main dans le vagin et l'index et le médius dans l'utérus que la main restée libre et appliquée sur la région hypogastrique amène à la rencontre des doigts explorateurs.

Lorsqu'on s'est ainsi rendu compte de l'état de la cavité, du lieu d'insertion du placenta de ce qui est décroché, de ce qui est adhérent, on sait si la main introduite est la bonne ou s'il faut en changer. Les doigts travaillent alors au décollement du délivre fouillent les coins, grattent, curent. Il ne faut laisser aucun point où le doigt ne passe et repasse. Cette opération est parfois longue, 10 à 15 minutes, toujours fatigante. Les doigts paralysés ont besoin de fréquents repos.

Il est particulièrement indiqué dans tous les cas où l'endomètre contient des débris cotylédons placentaires ou caillots organisés et adhérents.

On peut lui reprocher de n'être pas facile à bien faire quand la main est gantée. D'autre part, si l'on opère sans gant on en souille profondément la rainure inguinale qu'il sera ensuite très difficile d'aseptiser.

Curettage instrumental. — Proposé par Récamier, pratiqué ensuite par Martin, Scanzoni, Ichling, Veit, Léopold, Munde, vulgarisé, en France, par Doléris et Charpentier, bien étudié par Charier, Denis, Bruneau, Maunam, Pinard et Wallich.

Sa première et plus importante indication est la rétention placentaire. Mais à ce point de vue il donne des résultats variables. La curette est un instrument aveugle avec lequel on ne réussit pas toujours à débarrasser l'utérus des corps étrangers qu'il contient. Tout le monde se rappelle le célèbre cas de Pinard sur lequel nous n'aurions garde d'insister.

Sa technique en est simple. On a proposé des curettes spéciales. les unes sont mousses, les autres sont tranchantes. Chaleix, Vivie et Audibert donnent la préférence aux curettes formées par une large boucle annulaire ronde ou ovale, montées sur un long manche métallique. Ils sont partisans de la curette irrigatrice. Ils préfèrent la curette tranchante.

La malade est mise en position obstétricale, elle peut ne pas être anesthésiée. Après aseptie de la vulve et du vagin, la vessie vidée par cathétérisme, on pratique le toucher intra-utérin pour s'assurer de la vacuité de l'endométre et en retirer caillots et débris ovulaires. Presque toujours le doigt peut pénétrer facilement. Cependant, dans quelques cas d'infection *post abortum*, il faut faire une dilatation préalable aux bougies d'Hégar.

On déforme le périnée à l'aide d'une valve, on abaisse le col à la vulve en saisissant la lèvre antérieure à l'aide d'une pince de Museux. On introduit la curette et ici on doit bien se dire qu'un *curettage obstétrical ne doit pas être fait de la même façon qu'un curettage chirurgical.* Nous recommandons tout spécialement d'opérer de la

façon suivante (Technique pratiquée à la Maternité de Montpellier).

Très méthodiquement et très lentement, on curettera d'abord la face antérieure, puis la face postérieure, puis les bords, enfin le fond et les angles. Le curettage des angles doit être très prudent et très complet.

De temps en temps, retirer la curette et irriguer abondamment la cavité utérine avec de l'eau bouillie qui entraînera les débris.

L'utérus gratté dans toutes ses parties, refaire un curettage de révision et ne pas essayer d'entendre le cri utérin, car on a devant soi un utérus ramolli qu'on perforerait le plus aisément du monde à la moindre manœuvre de force.

Une fois le curettage terminé, on complètera suivant les cas par une injection d'eau bouillie chaude.

Le curettage peut être une intervention incomplète quand il est pratiqué dans un utérus contenant des débris annexiels plus ou moins volumineux. La curette, instrument aveugle, ne parvient pas à détacher les débris des membranes et est incapable de mordre sur leur surface glissante. Il en est de même en cas de rétention de cotylédons placentaires ou même de placentas entiers. L'instrument glisse sur l'obstacle, le contourne à droite et à gauche, la main qui opère n'en soupçonnant même pas l'existence. La curette ne ramenant rien, on croit l'utérus vide. Mais dans les jours suivants les phénomènes infectieux, loin de s'amender, s'accentuent et finalement la malade succombe.

Le curettage peut être une opération dangereuse ; on l'a accusé de provoquer des hémorrhagies, mais autrement sérieux est le danger de la *perforation utérine*. Elle est d'autant plus à craindre que l'avortement s'est fait plus près du terme de la grossesse. La perforation se fait,

soit au niveau du fond de l'utérus, soit au sommet de l'angle de flexion du corps sur le col. Elle peut même passer inaperçue, surtout si la malade a été anesthésiée.

En somme, le curettage est aveugle ; il peut être inefficace et dangereux.

RÉTENTIONS COMPLIQUÉES

La thérapeutique que nous venons d'envisager s'adresse uniquement à la rétention annexielle pure, mais cette dernière, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte par le bref exposé clinique fait au début de notre travail, s'accompagne souvent de complications locales ou générales.

MÉDICATION ANTI-INFECTIEUSE

Complications locales.

Métrite parenchymateuse. — L'utérus dans ces conditions doit être le premier organe atteint, M. Delmas a, dans une étude très complète et très détaillée, établi dans « La Gazette Médicale », de Montpellier, la conduite à tenir dans la pratique journalière de l'infection puerpérale. Nous ne saurions mieux faire que de lui emprunter de nombreux matériaux.

La métrite parenchymateuse éclate vers le huitième jour et s'accompagne de frissons répétés, contre elle nous

aurons à notre disposition la vessie de glace sur l'abdomen, les injections vaginales chaudes à 45 ou 50°.

Cellulites du paramètre. — Peuvent se déclarer vers la deuxième semaine qui suit l'avortement avec frissons violents et répétés, température de 39 à 40. Ces cellulites peuvent donner naissance à des phlegmons de *type pelvien*. Tels ceux de la gaine hypogastrique révélés par le toucher vaginal (induration en croissant dans le cul-de-sac latéral) et amenant une déviation utérine. Contre ces phlegmons pelviens les injections très chaudes sont indiquées et peuvent donner de très bons résultats. Si la résolution n'est pas obtenue ainsi, il faudra se décider à pratiquer une colyotomie latérale avec drainage consécutif par deux gros drains en caoutchouc.

Le type iliaque comprend les phegmons du ligament large se traduisant au palper abdominal par la présence d'un plastron dur faisant corps, semble-t-il avec la paroi. La vessie de glace en permanence doit alors être maintenue constamment sur la partie abdominale atteinte en ayant toujours soin d'interposer entre la peau et le caoutchouc de la vessie une bande de flanelle. Précaution tout à fait indispensable si l'on veut se mettre à l'abri de mécomptes souvent sérieux. Ce type iliaque pourra guérir ainsi ou, au contraire, évoluer vers la suppuration et le ramollissement et dans ces conditions la laparotomie sous-ombilicale devra être effectuée selon la technique décrite par Pozzi et suivie d'un bon drainage.

Les Péritonites sont souvent la conséquence des manœuvres abortives pratiquées d'une façon scientifique. Dans ces conditions il y a beaucoup de chances pour que la péritonite soit généralisée et se déclare pour ainsi dire

instantanément, se révélant simplement par de la dyspnée toxique, de l'accélération du pouls.

Contre elles la glace sur le ventre et les opiacés sont à peu près les seules ressources de la thérapeutique médicale, qui il faut bien le dire ne laisse pas grand espoir. On pourra y adjoindre les injections intra-péritonéales d'huile camphrée à hautes doses. La suprême ressource sera la laparotomie avec ou sans lavages du péritoine à l'éther ou au sérum physiologique. Des drains en caoutchouc seront laissés en permanence et permettront ainsi de faire passer dans la cavité péritonéale des injections d'eau oxigénée pure selon la méthode due à Costa. Ce dernier auteur dans ces conditions aurait eu 50 o|o de guérisons.

Complications générales. — Ce sont là les complications locales les plus habituelles, nous avons essayé de les classer par ordre de gravité en partant de la plus légère pour finir par la plus grave, mais souvent ces complications locales n'existent pas et cependant la malade n'en présente pas moins un état général fort grave, susceptible de faire porter le pronostic le plus sombre. C'est que la rétention placentaire s'est accompagnée de phénomènes surajoutés. L'infection a gagné le placenta retenu dans la cavité utérine, la paroi utérine n'a pas été capable d'isoler sufffsamment la portion infectée qu'elle contenait, les microbes sont passés dans le sang, il y a bacillémie, au sens propre du mot; d'autres fois, il y a simplement toxhémie par résorption des produits toxiques révélés au niveau de l'utérus, il y a septicémie. D'autres fois se forment en divers points de l'organisme des suppurations multiples, il y a pyohémie.

Pyohémie. — Au huitième jour environ, frisson violent; température à grandes oscillations irrégulières, état général mauvais ; suppurations multiples disséminées dans l'organisme. Dans ces conditions, on peut par un traitement chirurgical essayer de supprimer le foyer initial, c'est alors l'hystérectomie, mais les résultats sont loin d'être encourageants. Mieux vaut s'adresser à une thérapeutique médicale.

D'après un principe qui veut que, au cours d'une maladie grave les manifestations locales sont de bon augure, on a eu l'idée d'utiliser dans ces conditions la méthode des abcès de fixation de Jochier. De 12 en 12 heures dans la peau du flanc ou à la cuisse, on injecte 1 cmc. d'essence de térébenthine avec la seringue de Luer.

Au bout de quelques jours, 1 ou 2, ou bien il s'est formé à l'endroit de la piqûre une collection purulente qui a, en quelque sorte, joué le rôle d'un piège à microbes ou, au contraire, il n'y a eu aucune réaction.

Dans le premier cas, il faut laisser à la collection le temps de se moisir, puis on l'incise, on l'évacue et on la soigne comme un abcès ordinaire. L'organisme a été capable de réagir, c'est un élément de pronostic relativement bon. A Montpellier, M. le professeur Vallois a pu ainsi obtenir de fort bons résultats dans des cas jugés pourtant comme presque désespérés.

Cette méthode a-t-elle une réelle valeur thérapeutique ou est-elle simplement un élément pronostic. On n'est pas encore fixé à ce sujet.

En tout cas lorsque l'abcès ne parvient pas à se former, il est excessivement rare que la malade guérisse.

La septicémie débute à peu près de la même façon que les pyohémies, mais il n'y a pas de suppurations locales

en un point quelconque de l'organisme. La température n'est pas à grandes oscillations et se maintient tendue aux environs de 40°. Le pouls est à 120 et plus, l'état général s'altère.

Dans ces conditions on peut faire

a) *Le lavage du sang*. Ce dernier a pour résultat de diluer les toxines microbiennes au moyen d'injections massives de sérum artificiel. Un à deux litres pourront aussi être injectés d'un coup.

Si le temps presse et si l'état général est trop grave, pour aller plus vite, on pourra employer la voie intra-veineuse.

Buctenshavo a utilisé une boutonnière de trois doigts faite à la paroi abdominale, par laquelle il introduisit la canule de l'injecteur au milieu des anses intestinales, le retour du liquide étant assuré par un gros drain.

b) *L'antisepsie interne* pourra être réalisée par l'injection de 200 cmc. de sérum térébenthiné (Fabre) avec 2 grammes d'un mélange à parties égales d'essence de térébenthine pure et d'alcool à 90°.

c) *Le mercure*, préconisé par Soulyoux, lui donna un pourcentage de 96 °/₀ de guérisons. Pendant une semaine il faut faire une piqûre quotidienne de la solution à 1 pour 100 contenant donc un centigramme d'hydrargyre. On injecte 2 cmc., on s'arrête au bout de huit jours, pendant 4 jours, et on reprend le traitement après ce laps de temps si c'est nécessaire.

Médication ayant pour but la défense de l'organisme.

A la médication anti-infectieuse, il faudra toujours ajouter un thérapeutique ayant pour but d'accroître la résistance de l'organisme. Ce but sera atteint par :

1° *Les injections de sérum de cheval* ou anti-diphtérique. A la rigueur on pourra se contenter de faire cesser les pansements utérins si, pour une cause ou une autre, on ne peut ou ne veut faire d'injections.

2° *Les métaux colloïdaux* qui seront administrés par injections, l'électrargol surtout à la dose de 10 à 20 cmc. par jour. Actuellement on pourra même se servir du lontol à des doses beaucoup moindres, 2 à 3 cmc , car ce dernier est un colloïde à grains beaucoup plus fins. Par suite, son pouvoir leucopoïdique est beaucoup plus marqué.

Electrargol, Lontol et autres pourront être administrés par voie sous-cutanée, intra-veineuse, digestive (bonbons cachets (supérieure en cachets, inférieure en lavements). Il faut savoir que leur emploi s'accompagne souvent d'une exacerbation passagère de la température.

La résistance organique sera maintenue par une alimentation substantielle liquide ou demi solide, par la liberté complète de l'intestin entretenu au besoin par quelques purgatifs. Enfin, les toniques du système nerveux hydrothérapie et stimulants dermiques (grogs, potion de Todd, strychine, devront être ajoutés pour combattre l'adynamie qui accompagne la fièvre.

Procédé de choix ou mieux choix d'un procédé

Voici la pratique de quelques-uns de nos maîtres de Montpellier.

M. de Rouville est partisan du curage digital toutes les fois qu'il sera possible, mais celui ci sera toujours suivi d'un curettage instrumental. Si, dit-il, le curage digital est impossible on fera le curettage instrumental. Après l'intervention on fera un lavage et un drainage aseptique si tout permet de prévoir l'asepsie de l'utérus ; dans le cas contraire, on fera un lavage et un drainage antiseptiques.

M. Puech. Rétention simple : 1° Pratiquer deux fois par jour une injection vaginale, tantôt avec une solution de sublimé à 1 p. 2.000, tantôt avec une solution d'acide phénique ou de lysol à 2 p. 100. Maintenir sur la vulve un pansement occlusif (gaze iodoforme et ouate antiseptique ; 2° surveiller attentivement la température, l'état du pouls, les écoulements locaux.

Rétention avec accidents (septicémie ou hémorragie), ne pas s'attarder aux injections intra-utérines et procéder d'emblée à l'évacuation de l'utérus infecté ou saignant.

a) A l'aide d'un écouvillonnage s'il s'agit de rétention de membranes ;

b) A l'aide d'un curettage suivi d'écouvillonnage s'il y a rétention de débris placentaux.

M. Vallois : « Lorsqu'il y a rétention placentaire après quatre mois révolus de grossesse, je me comporte comme après un accouchement à terme, l'avortement du cin-

quième et du dixième mois pouvant être regardé comme un petit accouchement. Lorsque l'avortement se produit dans le cours du troisième ou du quatrième mois ma conduite varie suivant les circonstances.

» En l'absence de tout accident (hémorragie ou infection), lorsque tout soupçon relatif à une intervention criminelle peut être écarté, enfin lorsqu'une surveillance sérieuse peut être exercée sur la malade, j'attends au moins six heures avant d'intervenir. Pendant ce temps d'attente, je prescris des injections vaginales chaudes et antiseptiques, et dans leur intervalle une occlusion vulvaire au coton hydrophile, exceptionnellement je donne du sulfate de quinine.

» Après dix heures (quelquefois j'attends davantage), si la délivrance ne s'est pas effectuée, il est de règle que j'intervienne activement, même en l'absence d'accident. Je commence d'abord par un curage digital aussi complet que possible de la cavité utérine que je fais précéder d'une injection intra-utérine au permanganate de potasse, et s'il est nécessaire d'une dilatation avec les bougies de Hégar. Je fais suivre ce curage d'un curettage, d'un écouvillonnage (petits écouvillons de Budin) et d'une injection intra-utérine à la solution iodo-iodurée de Tarnier. Après avoir essuyé avec un tampon la face interne de l'utérus, je la touche à la teinture d'iode, et je termine en plaçant dans la cavité utérine une bande de gaze aseptique préalablement trempée dans la teinture d'iode, et dont l'extrémité est dans le vagin. Ce dernier est tamponné à la gaze iodoformée, masse utérine et gaze sont retirées au bout de vingt-quatre heures.

B) Quelque soit le temps écoulé depuis l'ouverture de l'œuf ou l'expulsion de l'embryon si la rétention placen-

taire s'accompagne d'accidents (hémorragie ou infection) si une provocation criminelle peut être suspectée, si on ne peut compter sur une surveillance sérieuse de la malade ni sur une assistance capable de parer aux premiers accidents, j'interviens le plus tôt possible et mon mode d'intervention est le même que celui décrit plus haut. Après une première injection intra-utérine et, s'il y a lieu, dilatation du col, curage digital, curettage, écouvillonnage, injection intra-utérine, attouchement à la teinture d'iode et placement d'une bande de gaze dans la cavité utérine :

M. Guérin Valmale (en bleu panama).

Après le 4e mois comme pour un accouchement.

Avant le 4e il existe une complication, hémorragie ou infection.

Evacuation immédiate de l'utérus.

Il n'existe aucune complication ; deux cas restent inconsidérés.

a) La femme est à une certaine distance de son accoucheur, sa surveillance étroite par celui-ci est impossible ou même, celle-ci étant possible il y a une infection facile à craindre, soit à cause de l'origine suspecte de l'avortement, soit à cause de la mort déjà ancienne de l'œuf, soit à cause des conditions de milieu défectueux où se trouve la femme.

Dans ces conditions, agir comme si l'infection existait déjà et intervenir par l'évacuation immédiate.

b) La femme est prés de son médecin, sa surveillance est facile le secours pourra le cas échéant être facile. Le milieu est un milieu de choix. On peut attendre dans les cas d'intervention :

1° Le canal cervical est assez perméable pour laisser passer 1 ou 2 doigts. Faire le curage digital compléter par un écouvillonnage et un abondant lavage intra-utérin (6 à 8 litres).

Si le doigt n'a pas pu tout ramener faire prudemment un curettage. Dans le cas de début d'infection toucher au préalable la cavité utérine à la teinture d'iode.

2° Le canal n'est pas facilement perméable au doigt.

Dilater avec les bougies d'Hégar ou le ballon de Champetier. Dès la dilatation obtenue faire comme précédemment.

M. Delmas : « L'évacuation de ce débris placentaire s'impose par une modalité de délivrance artificielle en miniature le curage digital. Sous la brutalité aveugle de la curette ou l'impuissance trompeuse de l'injection intra-utérine le doigt armé d'une gaze le décortiquera de la paroi. Au cas d'anormales adhérences le cotylédon sera affuté et enlevé par débris selon le procédé de Budin.

Si enfin, cette incarcération était invincible par intempestive ingestion de seigle ergoté la femme serait condamnée à mort. Une seule chance de salut lui reste mise en œuvre rationnellement par Schulze, l'hystérectomie abdominale ».

OBSERVATIONS

Toutes les observations qui vont suivre ont été prises dans le service de gynécologie ; elles constituent l'histoire de toutes les malades entrées pour hémorragies post-abortives et opérées par M. le professeur de Rouville pendant les années 1909, 10, 11, 12 et début de 1913.

Observation Première

L..., entre le 17 juin pour hémorragie post-abortive.

Antécédents héréditaires nuls. Un frère épileptique (22 ans) ; personnels : jamais malade.

Réglée vers 14 ans. Rougeole. Règles régulières 2 ou 3 jours. Pertes très peu abondantes, pas de pertes blanches. Mariée à 22 ans. réglée comme avant.

Cinq grossesses. 4 enfants, 3 morts très jeunes, 1 de naissance, 2 de méningite, 1 vivant bien portant. Aurait eu une névrite, 1 avortement ? ou accouchement prématuré.

Maladie actuelle : Au 4e mois de sa dernière grossesse a perdu en rouge assez abondamment pendant deux semai-

nes. Douleurs légères, quelques caillots de sang. Puis, au 6e mois, sans donleur, pertes abondantes. A expulsé sans effort un *embryon de deux mois* environ, caillots de sang. L'expulsion a eu lieu il y a quinze jours environ. Depuis, hémorragies très abondantes ayant amené une anémie assez grande. A eu très probablement de la fièvre les jours suivants. La malade accuse des accès typiques avec frissons, chaleur, sueurs.

Examen : Inspection : Rien de particulier. Palpation : paroi épaisse, assez résistante. On sent le fond utérin au voisinage de l'ombilic. Curettage, le 18 juin 1913, sans anesthésie.

Suites opératoires bonnes La malade sort le 29 juin 1913, en excellent état.

Observation II

B... C., épouse G., 27 ans, Cette.

Diagnostic : Fibromatose utérine. Hémorragies post-abortives. Entrée le 6 mai 1913, pour hémorragies très abondantes datant de 10 mois et consécutives à un avortement.

Antécédents : Rien à noter. La malade a eu 3 enfants, dont un est mort en bas-âge. Un seul avortement il y a 10 mois. Un enfant vivant.

Maladie actuelle : Depuis son avortement, qui s'est fait à 3 mois, la malade n'a pas cessé d'avoir des hémorragies. Les règles se prolongent 15 jours et reviennent après 15 jours d'interruption. Quelques pertes blanches dans l'intervalle. La malade n'a jamais souffert du ventre.

Examen : Palper : utérus un peu gros que l'on sent au-dessus de la symphyse à deux travers de doigt. Pas de douleur à la pression des zones annexielles. Toucher : Utérus un peu gros, mobile. Rien dans les culs-de-sac. On ne sent pas de tumeur.

Hystérométrie : 10 cm. Pas de tumeur intra-utérine. Curettage. Est complètement guérie.

Observation III

S... Marie, 16 ans, Montpellier. Diagnostic : hémorragies post-abortives.

Entre le 16 avril 1913, pour hémorragies datant de deux mois.

Début : il y a deux mois : avortement à deux mois, à la suite duquel se sont installées des hémorragies abondantes qui ne se sont pas arrêtées depuis.

Pas de douleurs abdominales.

Pas de pertes blanches. Antécédents.

Réglée à 9 ans, règles régulières depuis durant sept ou huit jours non douloureuses.

Ni autre avortement, ni accouchements. Curettage, le 21 avril 1913.

Observation IV

C... Marie, 25 ans, Agde.

Entrée le 22 février 1913, pour des hémorragies consécutives à un avortement.

Hémorragies post-abortives. Utérins fibromateux.

Antécédents : réglée à 11 ans. Régulièrement pertes abondantes durant 5 jours indolores. Mariée à 18 ans.

Premier accouchement à 19 ans 1/2 excellent avec suites physiologiques ; se lève au quatrième jour.

Deuxième accouchement à 23 ans 1/2. Bonnes suites. Lever au quatrième jour.

A nourri ses enfants ; les règles ont persisté pendant les allaitements.

Aucun trouble génital depuis ces accouchements.

Maladie actuelle : Début : il y a un mois.

Avortement de quatre mois. Pertes blanches abondantes (liquide amniotique), puis huit jours après, douleur et hémorragie. Avortement en deux temps : l'expulsion des membranes s'est faite en plusieurs fois et a été probablement incomplète.

Température : pas de ballonnement du ventre.

Pendant les quinze premiers jours : aucun trouble, puis hémorragie qui a duré du 9 janvier au 26 janvier et qui a été très abondantes à la fin. Caillots. Pas de douleurs.

Depuis hémorragies irrégulières tous les 10 ou 15 jours de très courte durée, mais extrêmement abondantes avec de nombreux caillots.

Actuellement : la malade ne souffre pas du ventre et ne perd pas en blanc. Elle perdait en rouge le jour de son entrée à l'hôpital.

Rien aux autres appareils : la malade se porte bien.

Examen : col un peu entr'ouvert. On sent un petit fibrome du volume d'une noisette.

Rien aux annexes.

Curettage le 24 février 1913.

On ramène une muqueuse très hémorragique. La

curette sent des irrégularités occasionnées probablement par de petits fibromes sous-muqueux, sort de l'hôpital complètement guérie.

Observation V

T... Marthe, 28 ans. Entre le 2 janvier 1912 pour des métrorragies.

Diagnostic : utérus fibromateux, hémorragies post-abortives.

Antécédents héréditaires : rien à noter.

Antécédents personnels : bronchite suspecte à 14 ans. Réglée à 18 ans, règles régulières, très abondantes durant de 4 à 6 jours, pas de caillots, jamais de douleurs abdominales. Mariée à 24 ans. A 25 ans, accouchement normal et à terme : la malade a eu un peu de fièvre et ne s'est levée qu'au premier jour. La malade a nourri son enfant. A la suite, quelques pertes blanches ne tachant pas le linge. Règles très régulières.

Début : Il y a 2 mois $^1/_2$. Au mois de septembre, la malade avait eu un retard de règles de 4 jours, mais après ce retard l'écoulement sanguin avait eu les caractères habituels. Au mois d'octobre la malade a perdu 2 fois : une première fois au moment des règles, pendant 6 à 7 jours, assez abondamment et sans douleurs ; la seconde fois 15 jours après la première, pendant 13 ou 14 jours, écoulement diminuant d'abondance, indolore, sans caillots.

En novembre et en décembre, les règles ont été un peu plus abondantes que normalement, mais régulières.

Depuis, pertes blanches jaunâtres empesant le linge. Pas de douleurs.

Actuellement, les règles reviennent normalement et la malade n'est allé consulter un médecin que pour l'histoire passée de sa métrorragie du mois d'octobre et pour quelques pertes blanches.

Appareil digestif : Peu d'appétit, digestions lentes et pénibles.

Système nerveux : Etat nerveux, surtout depuis la métrorragie.

Examen. — Toucher : Utérus entier est porté en arrière en masse. Il est assez mobile, mais un peu fixé en arrière. Au spéculum, l'utérus ne tire pas ; rien de particulier.

Le 5 janvier, laminaire moyenne. L'utérus, une fois redressé. remonte jusqu'à quatre travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Dans les culs-de-sac latéraux, on enfonce les doigts sans douleurs et on n'arrive pas à sentir les annexes.

Hystérométrie : Le 9, le cathétérisme fait saigner assez abondamment. La malade a ses règles qui s'arrêtent le 10.

Le 11, laminaire.

Le 13 janvier, curettage. Ether goutte à goutte. La muqueuse utérine est très hémorragique. On ramène de petits débris de caduque. Cautérisation iodée et créosotée. Mèche intra-utérine à la glycérine créosotée.

Résultats excellents. La malade sort le 20 janvier 1913 ne perdant plus.

Observation VI

L... Thérèse, 22 ans, domestique, à Montpellier.

Diagnostic : Hémorragies post-abortives. Entrée le 13 décembre 1912 pour pertes rouges datant de deux mois.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : très réglée, jamais d'enfants ni de fausses couches.

Maladie actuelle : le 4 novembre, la malade, enceinte de 5 mois 1/2, a éprouvé de vives douleurs abdominales et a eu une hémorragie. Transportée aussitôt à la Maternité, elle y a avorté le lendemain. L'avortement a été suivi d'un écouvillonnage et la malade a quitté la Maternité quinze jours après n'ayant que quelques pertes blanches à peine colorées en rose. Chez elle, elle a aussitôt recommencé à saigner et n'a pas cessé jusqu'à son entrée au service, le 19 décembre, bien qu'elle n'ait à peu près plus quitté son lit pendant toute cette période.

L'hémorragie est assez abondante, avec des caillots. La malade a maigri et s'est affaiblie. Les téguments sont décolorés.

Pas d'autres symptômes du côté des autres appareils.

Examen : Col petit, déchiré, entr'ouvert. Utérus un peu gros remontant à deux travers de doigts au-dessus du pubis, très mobile.

Rien dans les culs-de-sac.

Le cathétérisme donne 9 centimètres.

L'instrument écrase des fongosités dans la cavité utérine et revient plein de sang.

Dilatation aux laminaires. Curettage le 23 décembre 1912.

La curette ramène des débris de membranes. Au cours du curettage l'utérus saigne beaucoup et en jet.

Au toucher intra-utérin on perçoit, sur la face postérieure de sa partie supérieure, une petite masse implantée dans l'utérus et qu'on n'arrive pas à enlever à la curette.

Le curettage terminé, l'utérus continue à saigner ; on fait un tamponnement vaginal serré.

Sort le 5 janvier. Les pertes rouges ont cessé. La malade va faire un séjour à Grammont.

Rentre le 23 janvier. Pendant le séjour à Grammont la malade a eu quelques pertes blanches. Puis, le 19 janvier, à peu près à l'époque habituelle des règles, perte rouge très abondante, composée de sang rouge, qui a duré deux jours. La perte avait été précédée la veille de douleurs abdominales et lombaires.

Depuis perd en blanc.

Observation VII

G..., 33 ans, Cette.

Diagnostic : hémorragie post-abortive.

Entrée le 22 novembre 1912 pour hémorragies post-abortives datant du mois de mai.

Antécédents : nuls.

Génitaux. Réglée à 13 ans. Ces règles régulières, durant 3 à 4 jours, non douloureuses. Mariée à 13 ans, cinq

grossesses normales suivies d'accouchements à terme, normaux. Deux des enfants sont morts, un à 4 ans de la petite vérole, l'autre à 1 an de gastro-entérite. Le dernier accouchement date d'il y a deux ans.

Maladie actuelle : mai 1912, avortement à trois mois. Hémorragie abondante qui n'a pas cessé depuis. Au mois de septembre dernier la malade a subi un curettage à l'Hôpital de Cette. L'hémorragie s'est arrêtée pendant quelques jours, puis a de nouveau repris et ne s'est pas arrêtée depuis, mais avec une abondance moindre ; après le curettage la malade n'a plus eu de caillots, alors qu'elle en avait avant.

Examen : col entr'ouvert. Utérus un peu gros, mobile.

Curettage le 28 novembre 1912 : l'hémorragie est arrêtée jusqu'au 11 décembre. Le 11 décembre la malade recommence à perdre, on pense que ce sont les règles et en effet l'hémorragie s'arrête spontanément le 16 décembre.

La malade sort guérie le 21 décembre.

Observation VIII

T... M..., 23 ans, Montpellier.

Diagnostic : avortement.

Entrée le 30 septembre 1912 pour une hémorragie datant du 22 septembre.

Antécédents : Réglée à 15 ans régulièrement. Règles durant 3 à 4 jours ; abondantes ; non douloureuses.

Un accouchement il y a trois ans. Délivrance artificielle. Pas d'hémorragie. Suites normales. L'enfant est vivant et bien portant. 3 mois 1/2 après cet accouchement fausse

couche de trois mois, l'enfant seul a été expulsé. Quatre mois après la malade a eu des hémorragies et on a dû faire un curettage, la malade est de nouveau devenue enceinte, elle a eu un avortement à 4 mois 1/2 qui s'est passé de façon normale, mais il y a eu une hémorragie ensuite qu'on a arrêtée le deuxième jour. La malade affirme que ces deux avortements ont été absolument spontanés. Le dernier date d'il y a 2 ans 1/2 et depuis la malade était régulièrement réglée et bien portante.

Maladie actuelle : La malade a fini ses règles en septembre, vers le 15. Cette période menstruelle s'est prolongée un peu plus que les précédentes (elle a duré 7 ou jours), mais la perte a été moins abondante que d'habitude. La malade a eu dans les jours qui ont suivi quelques frissons.

Le 23 septembre, brusquement la malade a émis de gros caillots, une hémorragie abondante s'est établie, qui a duré huit jours. La malade a pris quelques injections chaudes, la perte s'est arrêtée. Mais depuis la malade a quelques douleurs dans la région du bas-ventre.

Examen : la malade est venue se faire examiner le 23 septembre alors qu'elle saignait encore.

1er examen : col très mou et largement ouvert, permettant l'introduction du doigt.

Utérus gros, du volume d'une petite orange, mou, on le fait balloter aisément.

L'impression à ce moment est qu'un avortement est en train de se faire et qu'il reste quelque chose dans l'utérus. La malade nie énergiquement et quitte l'hôpital où elle revient le 30 septembre après la fin de l'hémorragie.

2e examen : le 1er octobre, col entièrement fermé, de consistance normale, on sent l'utérus revenu à ses dimen-

sions et sa consistance normales. Du côté gauche on sent un ovaire scléro-kystique assez gros.

A l'hystéromètre : la cavité interne mesure 7 cm. Le diagnostic paraît donc se confirmer malgré les dires de la malade. Dilatation progressive aux laminaires.

Curettage le 4 octobre 1912.

La malade sort guérie le 20 octobre 1912.

Observation IX

R. M..., âgée de 25 ans. Entre à l'hôpital le 30 juillet 1909.

Antécédents personnels : Réglée à 16 ans. Règles très irrégulières. Mariée à 23 ans.

En septembre 1908, fausse couche de 3 mois 1/2.

En février 1908, nouvelle fausse couche de 2 mois.

Depuis cette dernière date et jusqu'au 10 mai hémorragies abondantes sans douleurs.

A la fin de juin 1909, nouvelles hémorragies.

La malade rentre à l'hôpital le 30 juillet.

Examen : Col peu mou. Ulcération de la lèvre antérieure. Utérus gros, mobile, en rétroversion. Pas de douleurs à la palpation.

Intervention : Le 12 août 1909, curettage sans anesthésie bien supporté.

14 août. Premier pansement. Lavage utérin. Pansement à l'ichtyol.

26 août. La malade sort guérie.

Observation X

Léo G..., 25 ans.

Entre le 24 novembre pour hémorragies persistant depuis le 3 novembre.

Réglée à 13 ans, irrégulièrement. Règles durant 8 à 10 jours, peu douloureuses, sans caillots.

Avortement de deux mois après une forte hémorragie.

A l'examen, utérus gros, col largement ouvert. Antéversion. Rien du côté des annexes.

25 novembre. On place des laminaires bien que la curette puisse pénétrer.

26 novembre. Curettage qui fait sortir des debris de placenta.

4 décembre. La malade n'éprouve plus aucune douleur et reprend ses forces.

Observation XI

Louise F...

Un avortement au deuxième mois. Depuis, elle a des hémorragies persistantes, c'est ce qui la fait entrer à l'hôpital.

Curettage qui ramène des débris placentaires et fait cesser définitivement les pertes rouges.

Observation XII

Joséphine-W. M...

Curettage le 9 novembre 1907. Il sort de nombreux débris résiduaux, Attouchement à la teinture d'iode, lavage au Reverdin ; drainage avec une mèche de gaze à la glycerine créosotée.

Légère fièvre le soir qui tombe le lendemain.

Exeat le 4 décembre en excellent état.

Observation XIII

T... A..., 27 ans. Entrée à l'hôpital salle A. Paré, pour douleurs dans le bas-ventre.

Antécédents personnels : céphalées fréquentes.

Réglée à 12 ans 1/2. Depuis règles durant 5 jours avec douleurs quelques jours avant et le premier jour des règles, retardant toujours. Mariée à 27 ans, août 1908. Les règles du mois d'octobre manquent, les seins grossissent ; nausées fréquentes ; ptyalisme très marqué, insomnie, agitation.

Maladie actuelle : le 20 octobre, au matin, dans la rue la malade a eu brusquement une sensation de déchirure, suivie de quelques gouttes de sang, elle s'évanouit. Métrorragie avec caillots et débris de caduque constatés par une sage-femme. (Il s'agissait vraisemblablement d'un

avortement de 1 mois 1/2). Injections vaginales d'eau borique pendant quelques jours : 8 jours après : douleurs dans les reins et dans le bas-ventre. sans pertes. Vers le milieu de novembre après souper, la malade a eu un tremblement généralisé, avec douleurs dans le bas-ventre. Pas de fièvre,

Le 25 novembre les règles apparaissent assez abondantes avec deux gros caillots et des débris de caduque. Comme les douleurs et les nausées persistent nouvelles injections vaginales. Le 17 décembre règles sentant mauvais.

Examen : Douleur *à la pression* le long du colon. Ptose du rein droit.

Au toucher col regardant en avant, près de la vulve. Utérus en rétroflexion.

Les culs-de-sac latéraux ne sont pas nettement libres.

Hystérométrie 7 centimètres.

Intervention : 18 janvier 1909, anesthésie sous chloroforme ; curettage.

Suites opératoires : excellentes. Le 5 février la malade sort guérie.

Observation XIV

Mme I.., 26 ans. Entre pour infection post-puerpuérale.

Antécédents héréditaires : néant.

Antécédents personnels : réglée à 11 ans. Pertes normales d'une durée de 3 jours, sans caillots, ni douleurs. Avance régulière de8jours, aucune dysménorrhée. Mariée à 19 ans. 10 mois après premier accouchement normal, pas de fièvre ; la malade reste couchée 15 jours. Les

règles redeviennent normales. 15 mois après second accouchement normal, la malade garde encore le lit 15 jours. Le 16 octobre dernier la malade a une forte hémorragie avec caillots abondants. Avortement certain de 2 mois 1/2. Cette hémorragie continue plus légère pendant 4 ou 5 jours et s'arrête. Les règles depuis sont régulières, mais la malade chaque soir a une poussée thermique, suivie d'anorexie qui semble indiquer une infection locale.

Palpation : ventre aux parois musculaires solides. Quelques vergetures. Rien de particulier.

Percussion : sonorité absolument normale.

Toucher : col gros, en anteflexion très marquée, déviée à gauche. Les culs-de-sac sont libres.

Intervention : Le 26 décembre on fait un curettage. Une assez grande quantité de débris placentaires sont évacués. On constate aussi l'existence d'une déchirure latérale gauche du col, qui semble avoir été le point d'entrée.

Suites opératoires : pouls à 84, température 37,8. Règles normales dans la suite.

Observation XV

Magdeleine F..., 34 ans. Entre pour hémorragies et douleurs.

Réglée à 12 ans. Règles retardées, peu abondantes. Mariée à 27 ans.

Pas d'accouchements, deux avortements : le premier de quatre mois, il y a cinq ans ; le deuxième au mois de juin 1905, avortement de deux mois.

La malade perd en rouge depuis son deuxième avorte-

ment. Ses règles très irrégulières apparaissent tous les douze ou quinze jours, avec douleurs dans le bas-ventre. Le mois dernier ses règles ont persisté tout le mois ; la malade demeure alitée ; quelques pertes blanches.

Manque d'appétit. Langue blanche. Amaigrissement.

A l'examen : Abdomen volumineux, graisseux, régulier, sans vergetures. Ligne brune.

A la palpation. Légère sensibilité des fosses iliaques droites. Sensibilité grande de la cavité droite, moindre de la gauche. Rien à la percussion.

Au toucher : vagin normal, cul-de-sac postérieur normal, latéral gauche normal, latéral droit légèrement sensible mais normal, antérieur normal.

Utérus légèrement sensible à la mobilisation, col conoïde, orifice punctiforme. L'utérus ne semble pas augmenté de volume, on ne le sent pas au-dessus du pubis.

Curettage le 12 octobre 1906. Sort guérie le 25 octobre.

Observation XVI

Aurélie J..., 21 ans, domestique. Entre à l'hôpital, le 28 octobre, après un avortement à trois mois et demi.

Réglée à 12 ans, mais jamais régulièrement. Il n'y a jamais eu cependant de règles bimensuelles, jamais non plus de caillots. La malade a eu des pertes blanches intermenstruelles, tachant le linge de taches jaunâtres.

Maladie actuelle : Avortement il y a dix jours.

Examen : Ventre normal. Pas de vergetures ; légère ligne brune.

Ventre souple, une légère douleur dans la fosse iliaque

gauche par une forte pression. Légère ptose rénale droite. Rien à gauche.

On sent à trois travers de doigts au-dessus du pubis l'utérus mobile situé un peu à droite.

Du côté des seins, un peu de collostrum.

Au toucher : col haut, la pulpe du doigt s'introduit sur une hauteur de 2 centimètres. Tous les culs-de-sac sont mobiles. L'utérus lui-même très mou et très mobile et indolore.

Le 29 octobre. On fait un grand lavage intra-utérin très chaud. L'utérus admet 12 centimètres d'hystéromètre et s'abaisse presque jusqu'à la vulve. Il sort quelques caillots et un débris de placenta.

Le 3 octobre. Hémorragie très abondante toute la nuit. Injection très chaude et tamponnement ; l'hémorragie s'arrête. Le toucher ne révèle rien dans la cavité utérine.

Le 3 novembre. Nouvelle hémorragie très abondante traitée par les mêmes moyens. Le curettage est décidé, mais avant de le faire la malade expulse un placenta assez gros.

Le 5 novembre. Pansement à l'ichtyol.

Le 8. On cesse le pansement. Injection.

Le 12. La malade sort guérie.

CONCLUSIONS

En somme, il y a parmi les interventionnistes deux grandes classes : les partisans de l'évacuation digitale et les partisans de l'évacuation instrumentale. Le curage digital est plus sûr, moins aveugle, moins dangereux, mais douloureux, long, difficile.

Le curettage est aveugle, dangereux et quelques fois inefficace.

Voici la conduite que nous proposons :

Avant quatre mois s'il y a complication :

Curettage et écouvillonnage suivis de cautérisation utérine à la teinture d'iode et de drainage utérin.

Mais le tout opéré sous le contrôle du doigt, c'est-à-dire introduction du doigt après le curettage dans la cavité utérine pour s'assurer que tout est enlevé.

S'il n'y a pas complication et si le milieu s'y prête, attendre quelques heures.

Après quatre mois : Toujours curage digital avec injection intra-utérine iodée et cautérisation de parois. Sans préjudice des drainages utérins à la gaze iodoformée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALBERT. — De la rétention du placenta. Thèse. Paris, 1878.

ARMAT. — De la rétention placentaire. Thèse. Montpellier, 1889.

BAR, BRINDEAU, CHAMHÉLENT. — La pratique de l'art des accouchements. 2e édition, 1909.

BLONDEL (R.). — Société d'obstétrique de Paris. Séance du 20 mars 1902. L'Obs. 1902.

BOSSI. — Contributo all studio della pequenza, della cause, e del strattamento dell' aborto. (Ann. di Ost. e geis. N° 2, 1898.) L'Obst. 1898.

BRIOU (P.). — Etude critique sur 570 cas d'avortements. Thèse de Paris, 1892.

BRINDEAU. — Avortement. *In* pratique de l'art des accouchements, 1909.

BUDIRA. — A propos du traitement de l'avortement, de l'expression abdom. in-vaginale de l'utérus. L'Obst., 1898.

— Importance de la caduque dans les avortements des premiers mois.

CASTAN. — Curettage de l'utérus dans les rétentions placentaires. Thèse de Paris, 1889.

CHALIER, IRVIE et AUDETEST. — Traitement de l'avortement incomplet, 1896.

CHAMPETIER DE RIBES. — Sociétés d'Obs., de Gyn. et de Pédiatrie de Paris. Ann. de Gynéc. et Obst. 1896.

Cocu (G.). — Il raschiamento immediate nell' aborto incompleto. (Rivista d'Ob. e Gynec., oct. 1897, n° 10.) L'Obst., 1898.

Colomby (G.-P.). — Recherches sur la rétention du placenta dans l'avortement. Thèse, Paris, 1898.

Curtis et Occi. — Anatomie pathologique du polype placentaire. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1904.

Delbret. — Société d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie de Paris. Séance du 14 mai 1907. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1906.

Delestre. — De l'avortement, 1906.

Delétrez. — Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie. XIXe Congrés de l'Association française de chirurgie. Paris, 1-6 octobre 1906. Revue de Gyn., d'Obst. et de Pédiatrie, nov. 1906.

Delmas (P.). — Le traitement de l'avortement compliqué. Gazette Médicale de Montpellier, nov. 1911.

— La pratique journalière de l'infection puerpérale. Gazette Médicale de Montpellier, septembre 1902.

Demetin. — Traitement de la rétention de l'arrière faix dans l'avortement au 3e et au 4e mois. Revue générale de Chirurgie, 1889.

Doleris (J.-A.) et Pichevin (R.). — Introduction de la pratique gynécologique, 1896.

— Traitement de l'avortement incomplet. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1897.

Dushneu. — Danger du curettage après l'avortement. (Münich Med. Woch, n° 29.) L'Obstétrique, 1899.

Freund. — Doctrine moderne du traitement de l'avortement. Zeitschrift fur pantischer Aerzte, 1897 (In cent. f. gynak., n° 51, 1897, page 1103). L'Obst., 1898.

Fruhinshitz (M.). — Avortement : Article dans la Pratique médico-chirurgicale, de Brinaud, Pinard et Reclus.

Goilot (Y.). — Du curettage instrumental dans la rétention placentaire. Thèse de Paris, 1906.

Hattmann. — Société d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie de Paris. Séance du 11 mai 1906. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1906.

Herbay (Ch.). — Traitement général de l'infection puerpérale. Th., Paris.

Jouin (F.). — Contribution à l'étude du traitement de l'avortement incomplet. Ann. de Gyn. et Obst., 1906.

Roumig (J.-L.). — De l'avortement manqué. Ann. de Gyn. et et d'Obst., 1898.

Bretschuer. — Avortement incomplet. Extraction mauvaise, puis curettage. Société Obst. et Gyn. Berlin, 1885.

Laks. — Avortement provoqué. (Journal de méd. et de Gyn., déc. 1897. Saint-Pétersbourg.) L'Obst., 1898.

Lamaunera (E.). — Le traitement de la rétention placentaire post-abortum. Etude historique. Thèse de Lille, 1911.

Lepage (Y.). — De l'insécurité du curettage instrumental dans les rétentions placentaires post-abortum. Communication faite à la Société d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1906.

Mandelstéme (d'Odessa). — Le curettage comme méthode d'avortement compliqué. Journal d'Obst. et de Gyn., 1897.

Maygrier et Lehurot. — Précis d'Obstétrique. Contraction de l'utérus.

Mouchotte. — L'hystérectomie dans l'infection puerpérale post-abortum. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1904.

Mounatow. — Du curettage comme méthode d'avortement artificiel. (Journal d'Obst. et de Gyn., oct. 1896.)

Notaisson (Detora). — Constitution à l'étude de l'infection puerpérale et en particulier du traitement. Paris, 1908. (Thése.)

Orri. — Contribution à l'étude du curettage utérin dans les complications de la rétention placentaire post-abortive. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1895.

Orri. — Curettage utérin dans les complications de la rétention placentaire. Ann. de Gyn., 1898.

Pichevin (R.) — Des accidents causés par le curettage utérin. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1898.

Pinard. — Société d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie de Paris. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1906.

Pinto. — Recherches histologiques sur le curettage post-abortum. Archivio di Obstetricia, avril et mai 1906.

Platon (J.-Ch.). — Leçons cliniques de gynécologie, 1906.

Pozzi. — Technique du curettage après l'accouchement et après l'avortement. Concours médical, 1905.

Pozzi. — Société d'Obst. de Gyn. et de Pédiatrie de Paris. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1906.

Puech. — Une observation de vomissements incoercibles. Du curettage comme méthode d'avortement artificiel. Ann. de Gyn., 1895.

Pucel - La rétention placentaire après l'avortement. Ann. de Gyn., 1905.

Puech. — Guide de thérapeutique obstétricale, 1903.

Regriès (L.). — Rétention placentaire post-abortive. Revue pratique de Gyn., d'Obst. et de Pédiatrie, nov. 1906.

Ribemont, Demangères et Lepage. — Précis d'obstétrique, 7e édition, 1911.

Richard (J.). — Contribution à l'étude du traitement des rétentions placentaires après l'avortement. Thèse de Paris 1906.

Riu (R.). — Curettage ou curage digital dans les rétentions placentaires post-abortives. Revue pratique de Gyn., d'Obs. et de Pédiatrie, déc. 1906.

Roemhel. — Cause et traitement de l'avortement et de l'accouchement prématuré habituels (sect. inaug. Heindelbrey 1895), l'Obst., 1896.

Rocintic (de) et Braouchage. — Consultations chirurgicales à l'usage des praticiens, 1901.

Rouville (de). — Consultations de gynécologie à l'usage des praticiens, 1902.

Salles. — Traitement de la rétention de l'arrière faix dans l'avortement incomplet. Gazette de gynécologie, 1904.

Lecmain (H.). — Traitement des rétentions placentaires après l'avortement. Thèse de Moutcher, 1907.

Schwab. — De l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de l'avortement incomplet. L'Obstétrique, mai, 1897.

Lellteim. — Règles et dangers du traitement de l'avortement (in Müchen med. Woch., 1902, n° 101. L'Obst., 1902.

Sihedey (H. et Faure J.-L.). — Traité de gynécologie médico-chirurgicale, 1911.

Sorel et Hamas. — Traitements des complications de l'avortement du curettage et de ses indications. (Extrait de la Normandie médicale, 1896). L'Obstétrique, 1896.

Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements, 1886.

Toupet et Hattmann. - Ann. de gynéc., 1895.

Tarnier. — Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance, 1893.

Wallictn. — Société d'Obstétrique, de gyn. et de pédiatrie de Paris. Ann. de Gyn. et d'obstétrique, 1906.

Wolff (P.-H.). — De la rétention complète des membranes après l'accouchement à terme. Thèse de Paris, 1908.

TABLE DES MATIERES

Pages

Historique 11

Etude clinique de la Rétention placentaire après l'avortement 14

Considérations générales : Fréquence. — Epoque. Causes et mécanisme. — Position du placenta dans la cavité utérine 15

La Rétention placentaire est simple 18

La Rétention placentaire est compliquée 19

Hémorragie 19

Septicémie 20

Perforation de l'utérus 20

Thérapeutique moderne des Rétentions post abortives 24

Rétentions simples 25

Thérapeutique non interventionniste 25

Thérapeutique interventionniste 27

Considérations générales 27

Méthodes palliatives 29

Injection intra-utérine 29

Introduction du ballon de Champetier de Ribes 33

Médication ecbolique 33

Méthodes curatives 35

Pages

Ecouvillonnage utérin 35
Curage digital 37
Curettage instrumental 38

Rétentions compliquées 40

Médication anti-infectieuse 40
Complications locales : Métrite parenchymateuse. — Cellulites du paramètre. Péritonite 40
Complications générales 42
Pyohémie 43
Septicémie 43
Médication ayant pour but la défense de l'organisme. 45
Injections de sérum 45
Métaux colloïdaux 45
Médication tonique 45

Choix d'un procédé 46

Observations 50

Conclusions 67

Index bibliographique 68

Table des Matières 73

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 11 juillet 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 10 juillet 1913
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !